#### Выписной эпикриз

##### Из истории болезни № 549

##### Ф.И.О: Стещенко Лилия Владимировна

Год рождения: 1977

Место жительства: Ореховский р-н, г. Орехов ул. Радянская 41

Место работы: КУ Ореховская ЦРБ» ОРС, медсестра

Находился на лечении с 17.04.18 по 25.04.18 в энд. отд.

Диагноз: Сахарный диабет, тип , вторичноинсулинзависимый, средней тяжести, ст. декомпенсации.

Диабетическая ангиопатия сетчатки ОИ.

Диабетическая дистальная симметричная полинейропатия н/к, сенсомоторная форма (NSS 6, NDS 6), хроническое течение

Диабетическая ангиопатия артерий н/к II ст.

ХБП II-IV ст. Диабетическая нефропатия III-IV ст.

Ожирение II ст. (ИМТ кг/м2) алим.-конституционального генеза, стабильное течение.

Аутоиммунный тиреоидит, гипертрофическая форма. Гипотиреоз, средней тяжести, ст. медикаментозной субкомпенсации. Диффузный токсический зоб II. Эутиреоидное состояние.

Миопия слабой степени ОИ.

Ангиопатия сосудов сетчатки ОИ. Начальная катаракта ОИ.

Непролиферативная диабетическая ретинопатия ОИ.

ИБС, стенокардия напряжения, диффузный кардиосклероз, II ф.кл. СН II А ф.кл. II. Гипертоническая болезнь III стадии … степени. Гипертензивное сердце СН I. Риск 4. Метаболическая кардиомиопатия СН 0-I. ф.кл. II.

НЦД по смешанному типу.

Дисциркуляторная энцефалопатия I-II сочетанного генеза (дисметаболическая, гипертоническая).

астеновегетативный с-м, астено-невротический с-м, вестибуло-атактический с-м. цереброастенический с-м, цефалгический с-м,

Жалобы при поступлении на сухость во рту, жажду, полиурию, слабость, утомляемость, сонливость, судороги икроножных

Краткий анамнез: Ухудшенеи состояния в течение 2 мес после проведенного ++ обследован у эндокринолога по м/ж Т4св – 4,17 (11,5-22,7) ТТГ – 176,0 ( 0,4-4,0) АТкТПО – 1795 ( 0-35), 13.04.18 назначен прием L-тироксина 50 мкг/сут в течение 1 дня, затем доза увеличена до 1000 мкг/сут (В течение 4 дней принимает L-тироксин 100 мкг/сут). Госпитализирован в обл. энд. диспансер для коррекции инсулинотерапии, лечения хр. осложнений СД.

Данные лабораторных исследований.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОАК | Нв | эрит | лейк | СОЭ | | тр | | э | п | с | л | | м | | |
| 18.04 | 124 | 3,94 | 5,2 | 11 | | 195 | | 1 | 2 | 68 | 25 | | 4 | | |
| 23.04 | 130 | 3,9 | 3,8 | 23 | | 195 | | 1 | 1 | 58 | 39 | | 1 | | |
| Биохим. | СКФ | Хол | Тригл | ХСЛПВП | ХСЛПНП | | Катер | Мочевин | Креат | Бил общ | Бил пр | ТИМ | | АСТ | АЛТ |
| 18.04 | 8,6 | 5,38 | 1,06 | 1,73 | 3,19 | | 2,2 | 4,9 | 83 | 20,7 | 3,8 | 4,1 | | 0,17 | 0,23 |

18.04.18 К –4,83 ; Nа –142 Са++ -1,22 С1 -102 ммоль/л

### 18.04.18 Общ. ан. мочи уд вес м/м лейк –1-2 в п/зр белок – отр ацетон –отр; эпит. пл. -ед ; эпит. перех. - ед в п/зр

18.04.18 Анализ мочи по Нечипоренко лейк -750 эритр - 500белок – отр

18.04.18 глюкоза крови 4,6 ммоль/л

24.04.18Невропатолог: СВД астено-невротический с-м на фоне основного заболевания .

19.04.18Окулист: VIS OD=1,0 OS= 1,0 .

Гл. дно: ДЗН бледно-розовые. Сосуды сужены, слегка извиты, вены уплотнены. В макулярной области без особенностей Д-з: Эндокринная офтальмопатия легкой степени не активная фаза, ангиопатия сетчакти ОИ

25.04.18 ЭКГ: ЧСС -67 уд/мин. Вольтаж сохранен. Ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Диффузные изменения миокарда.

18.04.18Кардиолог: Метаболическая кардиопатия СН 1.

18.04.18 Хирург: Диабетическая ангиопатия артерий н/к IIcт.

19.04.18 УЗИ щит. железы: Пр д. V =2,18 см3; лев. д. V =2,12 см3

Эхоструктура диффузно неоднородная за счет мелких гипоэхогенных участков разрежения, линейных фиброзных включений. Эхоинтенсивность снижена. Увеличеных региональных л/узлов не визуализируется. Закл.: Эхопризнаки у меньшения размеров диффузных изменений паренхимы щит железы

Лечение: левофлоксацин, йогурт норм, нормоцикл, L-тироксин, тиолипон, тиотриазолин, инжеств, темотран

Состояние больного при выписке: Общее состояние улучшилось, гликемия стабилизировалась, уменьшились боли в н/к. АД мм рт. ст.

Рекомендовано:

1. «Д» наблюдение семейного врача, эндокринолога, по м\жит.
2. Преднизолон 5 мг 2 табл в 8.00, 2 табл в 11.00 ,дозу преднизолона постепенно уменьшать на 5 мг 1 раз в неделю до отмены препарата ,под контролем ОАК
3. Тирозол (мерказолил) 5мг 3т. \*3р/д. с послед. снижением дозы на 5мг в 2 недели под контролем ТТГ, Т4, общ. ан. крови до поддерживающей.
4. Диета № 9, умеренное ограничение животного белка в сут. рационе, гипохолестеринемическая диета.
5. Рекомендованные целевые уровни гликемии: натощак <5,6ммоль, после еды < 10,0 ммоль/л НвА1с < 7,5%
6. Контроль глик. гемоглобина 1 раз в 6 мес., микроальбуминурии 1р. в 6 мес.
7. Гиполипидемическая терапия: розувастатин 10 мг 1т веч с контр. липидограммы через 3 мес.
8. Круглогодично сосудистая терапия: вазонит или агапурин-ретард 1т.\*2 р. 1 мес. – курсами.
9. Рек. кардиолога:
10. Гипотензивная терапия: эналаприл 5 мг утром, индапрес (индап) 2,5 мг утром, кардиомагнил 1 т. вечер. Контр. АД.
11. УЗИ щит. железы 1р. в год. Контр ТТГ 1р в 6 мес.
12. Б/л серия. АДГ № 6719 с .04.18 по .04.18. к труду .04.18

Леч. врач Фещук. И.А.

Зав. отд. Фещук. И.А.

Нач. мед. Карпенко И.В.